itement
du
Cancer du Rectum

Par le Dr H. Chaput
irurgien de l'Hôpital Broussais.

Extrait des
Archives de Thérapeutique
Mai 1901

Traitement

du

Cancer du Rectum

Par le Dr Chaput

Chirurgien de l'Hôpital Broussais.

Dans mon travail de 1896, communiqué à la Société de chirurgie, j'avais rassemblé dix cas personnels d'extirpation de cancer du rectum avec deux morts et 50 o/o de récidives.

Je m'étais arrêté à la technique suivante :

1° Deux jours avant l'ablation du rectum, faire l'anus iliaque préliminaire sur le colon transverse.

2° Incision cutanée en fourche.

3° Résection du coccyx et ménagement du sacrum.

4° Après ablation de la tumeur, suturer les deux bouts ensemble, ou bien le bout supérieur à la peau, après torsion à la Gersuny.

5° Les ligatures sont inutiles.

6° Ne pas suturer la peau qui est bourrée à la gaze phéniquée.

J'avais ainsi résumé les Indications :

Cancers inférieurs : Incision circulaire, avec ou sans résection du coccyx.

Cancers moyens : Voie sacrée.

Cancers supérieurs : Voie abdominale.

Cancers recto-coliques : Voie abdomino-sacrée.

Depuis 1896, j'ai opéré dix autres cas de cancer du rectum que je vais passer en revue en indiquant l'état actuel de mes convictions sur la thérapeutique des néoplasmes rectaux.

Anus iliaque préalable. — J'ai fait six fois l'anus iliaque, et quatre fois je m'en suis dispensé. Les deux manières m'ont donné chacune une mort, mais l'insuccès était attribuable à d'autres causes qu'à la présence ou à l'absence de l'anus préalable.

L'anus iliaque me paraît indispensable quand le rétrécissement du rectum est très serré et empêche l'évacuation facile des matières, ou quand les lésions sont assez élevées pour empêcher de fixer après résection le bout supérieur à la région sacrée.

En dehors de ces deux cas, l'anus iliaque n'est pas indispensable, et je m'en dispense à cause de la répugnance des malades, non seulement pour les opérations en deux temps, mais aussi pour l'anus iliaque qui leur répugne davantage que l'anus sacré.

Je suis de l'avis des malades et je pense que l'anus sacré est bien préférable à l'anus iliaque. Avec une bonne technique, on arrive à établir un anus sacré ni trop large ni trop étroit, de manière à éviter à la fois le prolapsus et l'atrésie ; il suffit pour cela de ménager un orifice cutané n'admettant que le pouce. J'ajouterai que la torsion à la Gersuny est tout à fait inutile.

La situation de l'anus sacré est plus avantageuse que celle de l'anus iliaque ; d'abord il est plus facile à garnir ; ensuite les mauvaises odeurs sont beaucoup moins perçues que pour l'anus iliaque ; en outre, il est plus facile de se nettoyer la région sacrée que le ventre d'autant plus qu'ici les poils du pubis rendent le nettoyage particulièrement difficile.

J'ai renoncé à mon idée théorique de faire l'anus préliminaire sur le colon transverse, de peur que les matières en soient trop liquides à ce niveau.

J'avais pensé qu'en éloignant l'anus artificiel de la région sacrée, on écartait les chances d'infection opératoire; mais ces chances me paraissent minimes, même en l'absence de tout anus artificiel. Il est en effet facile de constiper les malades par l'opium et la diète liquide; et d'ailleurs, même en cas d'écoulement des matières dans la plaie, il est facile d'écarter tout danger par des pansements fréquents, surtout maintenant que nous avons un antiseptique merveilleux sous la forme de l'eau oxygénée.

Un de mes malades (obs. 9) eut dès le lendemain de son opération (faite sans anus iliaque préalable), des selles en diarrhée qui se reproduisirent pendant plusieurs jours sans que cela troublât en rien l'évolution de la plaie.

J'ai fait subir à la technique de l'anus iliaque une modification qui permet de le fermer plus facilement. Elle consiste en ceci : Lorsque j'établis l'anus iliaque, je coupe transversalement l'intestin entre deux ligatures provisoires, puis j'adosse les deux bouts l'un à l'autre en canons de fusil, sur une hauteur de 10 centimètres et sur une large surface, au moyen de deux étages de sutures séro-séreuses, en ayant soin de ne pas comprendre le mésentère entre les sutures. — Je réunis alors les orifices intestinaux à la peau. — Quelques jours après, ablation du rectum et établissement de l'anus sacré. Plus tard, quand je veux fermer l'anus iliaque, je donne un coup de ciseaux de quelques centimètres dans la cloison pour rétablir le cours des matières, puis je ferme l'orifice cutané par les procédés habituels.

J'ai fait deux fois *l'anus réparable* (obs. 6 et 8) et dans les deux cas j'ai pu le refermer avec succès.

Désinfection du rectum. — Lorsqu'on établit l'anus iliaque préalable, il suffit de laver le rectum plusieurs fois par jour à l'eau oxygénée par l'anus iliaque.

Quand on ne fait pas l'anus iliaque, il faut purger le malade quelques jours d'avance et lui faire deux fois par jour des lavages du rectum à l'eau oxygénée portée au-dessus du néoplasme à l'aide d'une sonde à double courant.

La veille de l'opération, on tamponnera le rectum à la gaze iodoformée.

Le jour de l'opération, on évitera de laver le rectum ; on se contentera de le nettoyer avec des tampons imbibés d'eau oxygénée, après dilatation au spéculum ; on sèchera ensuite avec des éponges et on placera des mèches iodoformées dans la lumière de l'intestin.

Incision cutanée, sections osseuses. — Toutes les fois que la limite supérieure du cancer est facilement accessible, je me contente de l'incision para-sacrée qui donne un jour suffisant. J'en ai été satisfait dans les observations I, III, VII.

J'ai adopté pour les cancers élevés l'incision en fourche que j'avais seulement proposée en 1896. Je l'ai employée sept fois avec pleine satisfaction.

Le bord inférieur du lambeau correspond à la pointe du coccyx. Je résèque le coccyx et la pointe du sacrum, et je désinsère largement les

bords du sacrum. Grâce à ces manœuvres, j'ai une voie d'accès extrêmement large qui me permet de remonter même au-dessus du promontoire, comme dans l'observation V.

L'incision en fourche est plus avantageuse que l'incision linéaire, car elle permet de désinsérer les bords du sacrum; en outre, le lambeau s'appliquant de lui-même sur les surfaces osseuses, les protège au lieu de les laisser à nu comme dans les autres procédés. Enfin, elle permet d'établir l'anus sacré dans une des branches de la fourche, c'est-à-dire plus haut que dans la plupart des autres procédés.

Lorsque l'ablation complète par la voie sacrée est impossible, on peut la compléter par la voie abdominale ainsi que l'ont conseillé et fait antérieurement Quénu et Boeckel.

J'ai pratiqué dans un cas cette opération sacro-abdominale ainsi qu'on le verra dans l'observation suivante :

Observation V.—*Cancer du rectum propagé par l'anse oméga. Ablation par la voie sacro-abdominale. Guérison. Mort rapide par généralisation.*

Dr D., 40 ans, adressé par le Dr Artaud (de Saint-Quentin). Pas d'antécédents cancéreux. En juillet 1898, il ressent des douleurs vagues et persistantes dans l'abdomen, les reins, les fosses iliaques.

Peu après surviennent des épreintes avec expulsion de mucus. Ni constipation, ni diarrhée, ni hémorragies. Au commencement d'octobre, il est examiné par un chirurgien très connu de province qui refuse de l'opérer.

Au toucher je constate une tumeur, énorme dure, immobile, adhérente qui commence à 6 centim. de l'anus et dont on ne perçoit pas la limite supérieure.

Le rectum est fortement rétréci.

Le 10 octobre 1898, je pratique l'anus iliaque avec éperon. Au cours de cette opération, je constate que la tumeur énorme, remonte jusqu'au promontoire.

Le 18 octobre 1898, incision sacrée en fourche. Résection du coccyx et de la pointe du sacrum. L'isolement du rectum jusqu'au-dessus du promontoire ne permet pas de faire descendre suffisamment la tumeur.

Je sectionne le rectum en bas entre l'anus et la tumeur, je suture le bout supérieur en bourse et je lie l'extrémité inférieure du bout supérieur.

Je pratique séance tenante la laparotomie médiane. Le rectum mobilisé est amené entièrement hors du ventre ; l'S iliaque est coupée entre deux pinces et l'orifice du bout supérieur est fermé par des sutures.

Fermeture du péritoine pelvien par des sutures à la soie. Suture abdominale sans drainage. La plaie sacrée est suturée en grande partie,

avec large drainage. Bourrage à la gaze au dermatol. La pièce enlevée mesure 22 centim. de longueur et un diamètre de 8 centim.

Guérison sans fièvre ni infection.

Au bout de quelques semaines, le malade présente une hépatomégalie symptomatique d'un métastase cancéreuse; il succombe le 31 décembre 1898 à la généralisation.

Etendue des parties enlevées. — J'ai enlevé huit fois l'anus avec le Rectum. L'anus a été laissé en place dans deux cas. Dans ces deux cas la suture circulaire n'a pu être faite et j'ai du me résoudre à l'anus iliaque définitif.

Dans quatre cas j'ai enlevé 10 centimètres de rectum ; dans les 6 autres j'en ai enlevé de 18 à 22 centimètres.

Il me paraît inutile de faire des ablations totales et systématiques de l'anus et du rectum avec une grande partie de l'anse oméga, comme les pratique systématiquement M. Quénu ; il suffit que les sections portent à trois travers de doigt des limites supérieures et inférieures de la tumeur.

Fermeture du Péritoine. — L'occlusion du péritoine a une importance capitale pour la guérison. — Dans quatre cas où je n'ai pas ouvert la séreuse, les malades ont guéri. Dans les six autres cas le péritoine ouvert a été suturé cinq fois avec une mort; et une fois n'a pas été suturé, insuccès. Dans ce dernier cas la mort a été grandement favorisée par la béance du péritoine.

La fermeture du péritoine est généralement très facile à effectuer ; il suffit de saisir les lèvres de la séreuse pour constater combien elles sont lâches et faciles à suturer. Cette pratique a été suivie, par Boeckel, Quénu, Berger dans la dernière communication.

Cette fermeture me paraît être un des perfectionnements les plus importants qui aient été faits depuis longtemps ; j'ai pratiqué une première fermeture du péritoine le 25 juin 1896 (Obs. 3).

Hémostase. — Je répéterai ce que j'ai écrit en 1896 : l'ablation du Rectum provoque une hémorragie en pluie d'orage, c'est-à-dire qui ne dure pas. Au moment de l'incision vous avez de nombreux jets de sang ; vous pincez les vaisseaux, et à la fin de l'opération, vous enlevez les pinces sans avoir aucune ligature à faire. Sur mes dix cas je n'ai fait de ligature qu'une fois (Obs. 9), dans la région anale, qui est ordinairement plus saignante que la région sacrée.

Traitement de la plaie. — Comme en 1896, il me paraît contre-indiqué de suturer la plaie ; il est préférable de la bourrer ; mais ici la gaze aseptique est insuffisante et la gaze iodoformée, employée à hautes doses, est trop toxique.

J'ai adopté la pratique suivante : j'applique au fond de la plaie deux feuilles simples de gaze iodoformée bouillie, formant une sorte de sac dans lequel je verse une grande quantité de poudre de dermatol stérilisée. J'entasse ensuite dans la poche de la gaze au dermatol, et je place par dessus, sur la peau, une couche de gaze iodoformée. Le pansement est changé plusieurs fois par jour.

Quand j'emploie l'incision en fourche, je suture une des branches de la fourche ; je fixe le bout supérieur du rectum dans l'autre branche de la fourche, et je laisse largement ouverte la partie correspondant à la tige de la fourche.

Résultats opératoires. — Sur 10 cas, j'ai obtenu 8 guérisons et 2 morts. Une de ces morts est relative à une malade de 30 ans, opérée à la maison Dubois en 1896, chez laquelle le péritoine ne fut pas suturé. J'attribue la mort à cette particularité, ainsi qu'à l'emploi de la gaze aseptique.

Le second cas de mort se rapporte à un malade de 70 ans chez lequel le péritoine fut suturé. L'infection eut lieu pour plusieurs raisons :

1° Emploi de la gaze aseptique ;

2° Le bout supérieur trop profond ne put être suturé à la peau ;

3° Pas d'anus iliaque ;

4° Age très avancé (70 ans).

Résultats éloignés. — Dans l'observation I, survie de quelques mois avec récidive rapide.

Observation IV. — Récidive au bout de 9 mois, mort 18 mois après la 1er opération.

Observation V. — Survie 2 mois ; mort de métastase hépatique.

Observation VI. — Deux récidives réopérées à un an de distance. La santé générale est très bonne malgré les récidives.

Observations VII et VIII. — Pas de renseignements.

Observation IX. — Survie de 4 mois, mort d'affection intercurrente.

Observation X. — Guérison depuis 2 ans sans récidive.

Les résultats médiocres que nous avons obtenus au point de vue de la survie et des récidives doivent être attribués à l'ancienneté et à l'étendue considérable des lésions.

A propos je remarquerai que l'instruction du corps médical est à refaire entièrement, car la plupart des praticiens en présence des accidents qui décèlent le cancer du rectum (diarrhée, constipation, hémorragie, écoulement muqueux), se contentent de prescrire des médicaments sans même pratiquer le toucher rectal ; un de mes malades a été soigné pendant de longs mois par un médecin des plus distingués de Paris qui avait méconnu le cancer, faute d'un examen local.

Critique de l'opération abdomino-périnéale de Quénu. — M. Quénu a recommandé pour les cancers élevés; la voie abdomino-périnéale avec ligature préalable des artères iliaques internes.

Je suis tout disposé, comme en 1896, à adopter la méthode dans ses grandes lignes, mais j'ai une objection à présenter sur la pratique de M. Quénu.

La ligature préventive des iliaques internes me paraît tout à fait inutile, puisque sur 20 opérations je n'ai fait de ligatures qu'une fois; dans tous les autres cas l'hémorragie s'est arrêtée par simple forcipressure temporaire.

Cette ligature complique et allonge singulièrement l'opération, et il me paraît difficile de ne pas consacrer plus d'une heure à l'ensemble des manœvres de M. Quénu.

En présence d'un cancer remontant jusque dans la fosse iliaque je serais d'avis de pratiquer sous l'anesthésie lombaire la laparotomie médiane, la section de l'anse oméga et la libération du bout inférieur jusqu'au promontoire. Le bout supérieur serait suturé dans la plaie médiane.

Mais les cancers étendus à la fosse iliaque sont des plus rares, et dans le cas où cette région serait libre, je me contenterais de l'anus iliaque préalable sans autres manœuvres abdominales, suivi quelques jours après d'extirpation par la voie sacrée. Si au cours des opérations par la voie sacrée l'extirpation totale n'était pas possible par cette voie, il serait indiqué de compléter l'opération par la laparotomie comme l'ont fait Quénu, Boeckel et moi-même.

Résumé et conclusions.

1° L'anus iliaque préalable est indispensable avec un rétrécissement serré, ou avec des lésions très élevées;

2° En dehors de ces conditions on peut s'en dispenser;

3° L'anus sacré est en principe supérieur à l'anus iliaque;

4° Dans certains cas, il y a avantage à faire l'*anus iliaque réparable* que je préconise.

5° Je conseille pour les cancers accessibles, l'incision cutanée en fourche avec résection du coccyx et de la pointe du sacrum;

Dans un cas, j'ai terminé l'opération par la laparotomie;

6° Il est indispensable de suturer le péritoine après l'extirpation du rectum;

7° En général, on n'a pas besoin de faire de ligatures, c'est pour quoi je rejette les ligatures préventives des iliaques internes;

8° Il faut éviter de suturer la plaie sacrée et la bourrer avec un peu de gaze iodoformée et beaucoup de gaze dermatolée;

9° L'opération abdomino-périnéale de Quénu n'est utile que pour les cancers du rectum envahissant la fosse iliaque. Pour les autres cas, il suffit de la voie sacrée, complétée, si besoin en est au dernier moment, pour l'incision abdominale.



NOUVELLE IMPRIMERIE. 37, RUE St LAZARE, PARIS.